



## **Le diagnostic local partagé : un diagnostic co-construit**

De plus en plus souvent, on entend employer (notamment de la part de financeurs) le terme de « diagnostic partagé ». Depuis deux ans l'Institut Théophraste Renaudot a eu à répondre à de nombreuses demandes de « diagnostics santé » de communes ou de groupements de communes. L'occasion de proposer une réflexion à partir de notre pratique.

### **Pourquoi un "diagnostic partagé" ?**

L'intervention locale en santé est le fait d'une multitude d'acteurs et de collectifs aux formes juridiques les plus diverses (des institutions de santé, éducatives, culturelles, des professionnels, des élus, des associations, des habitants organisés ou isolés). Ces acteurs ont chacun des objectifs propres. D'où de nombreuses difficultés : perte d'énergie et d'efficacité, sans parler des comportements de concurrence entre les associations qui se trouvent souvent dans une logique de survie financière.

Dans ce contexte, le diagnostic vise d'abord à créer du lien dans la diversité du territoire, à mobiliser les acteurs sur la question de la santé et à construire un socle de connaissances, d'attentes partagées prenant appui sur les réalités des habitants. Son but est, ensuite, de permettre de déterminer des priorités d'actions et de sortir d'une logique de cloisonnement.

### **La question du territoire**

Il est nécessaire, préalablement, de trouver la bonne échelle de territoire sur lequel va porter le diagnostic de santé (quartier, commune, communauté de communes, pays). Celui-ci doit être suffisamment vaste pour rassembler les informations nécessaires pour un diagnostic fiable, mais il ne doit pas être trop étendu pour que toutes les ressources locales se sentent concernées et s'impliquent. Le territoire concerné pourra être différent selon l'objet de réflexion : pour les besoins et demandes des habitants, c'est le territoire de la ville ou du quartier qui est concerné ; pour l'offre en soins et les ressources en santé, c'est le territoire plus large de l'intercommunalité qui sera investigué.

### **L'analyse des ressources**

Un diagnostic partagé suppose une analyse quantitative et qualitative des ressources (services, acteurs, projets existants) dans le domaine préventif, curatif, social et psychologique. Cela suppose également de repérer les pratiques de partenariat et de transversalité existantes afin de connaître les potentialités et les freins à la mise en commun.

Le repérage passe par des entretiens avec chaque acteur. L'analyse doit se faire de manière collective, dans le cadre d'un « groupe technique » créé pour les besoins du diagnostic.

### **Les indicateurs socio-sanitaires**

L'analyse des indicateurs socio-sanitaires, économiques, environnementaux, culturels a pour but d'aider à déterminer les besoins. Elle ne peut se faire qu'à partir des données pré-existantes et des besoins ressentis par les différents acteurs. Cette phase est souvent délicate car les structures ne partagent pas facilement ces informations et le recueil des données chiffrées n'est pas systématique.

Il est intéressant pour les acteurs locaux de poursuivre cette analyse par une réflexion sur les indicateurs de santé pertinents et leur production dans la durée, pour se doter d'un « tableau de bord » d'observation des besoins de santé.

### **La participation de la population**

Les pratiques et la demande des habitants en matière de santé, élément central d'un diagnostic partagé, supposent une participation effective de la population. Cette participation peut s'engager à partir d'une contribution au recueil d'information (en allant vers la population), elle peut se poursuivre par la négociation des priorités avec les autres acteurs de la santé et à la mise en œuvre de certaines actions. Cette démarche conduit à ne plus envisager les habitants en terme de manque, mais en terme de capacités.

### **Une mobilisation de tous les acteurs**

Le recueil des données du diagnostic doit aboutir à la mise en commun de trois points de vue :

- le point de vue de la population,
- le point de vue des autres acteurs de la ville : professionnels, personnes ressources,
- le point de vue des élus.

Les freins au partage sont nombreux : méfiance, représentations négatives des autres acteurs, climat de concurrence, logiques de survies institutionnelles ou grande précarité pour les habitants.

Le processus de mobilisation des acteurs va demander du temps (un an au minimum) car il vient modifier des pratiques professionnelles et des positionnements individuels.

### **Un processus à pérenniser**

Un diagnostic partagé n'est qu'un moyen de produire de la concertation locale pour aider à la programmation et à la mise en œuvre des actions de santé. Il n'a aucun intérêt en soi ; il faut donc penser le processus de façon pérenne, et prévoir des instances de pilotage et d'action :

- un comité de pilotage avec les financeurs potentiels, qui valide et facilite la démarche,
- un groupe technique qui va produire les éléments du diagnostic,
- un portage politique de la démarche par des élus qui vont être garants de la démarche,
- un animateur ou coordonnateur local pour maintenir la dynamique transversale.

Le diagnostic partagé, au-delà de ses effets de décloisonnement des acteurs et d'apport de connaissance en santé, permet d'initier des actions dans une démarche transversale, planifiée, basée sur des priorités collectivement portées et pertinentes pour le territoire. La dynamique qu'il produit pourrait faciliter l'articulation avec les orientations prises au niveau régional en matière de santé publique.

**Carmen SANCHEZ-GARCIA**